УДК 617-089.844

АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАСЩЕЛИНОЙ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Ершова О.Ю., Долгополова Г.В.

ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ "Бонум", Екатеринбург

В НПЦ «Бонум» разработан и внедрен в работу алгоритм комплексной подготовки и лечения пациентов с расщелиной альвеолярного отростка. Данный алгоритм основан на принципах мультидисциплинарного подхода, обоснованный увеличением потребности пациентов в протезировании, дентальной имплантации, ортогнатической хирургии. В статье описаны и даны пояснения основных этапов разработанного алгоритма.

Ключевые слова: алгоритм, расщелина альвеолярного отростка, альвеолопластика, мультидисциплинарный подход.

The algorithm is a comprehensive training and treatment of patients with cleft alveolar bone

Ershova O.Ju., Dolgopolova G.V.

Science-practical centre "Bonum", Yekaterinburg

In the SPC "Bonum" an algorithm for the complex preparation and treatment of patients with a cleft of the alveolar process has been developed and implemented. This algorithm is based on the principles of a multidisciplinary approach, justified by the increased need for patients in prosthetics, dental implantation, orthognathic surgery. This article describes and explains the main steps of the developed algorithm.

Keywords: algorithm, cleft alveolar process, alveoloplasty, multidisciplinary approach

Актуальность

В центре «Бонум» внедрена система раннего выявления (в том числе, с антенатального периода), лечения и эффективной комплексной реабилитации детей со сложной врожденной и сочетанной патологией, основанная на принципах междисциплинарного системного подхода. Центр Врожденной челюстно-лицевой патологии начал свою работу в 1990 на основании приказа Министерства здравоохранения РСФСР № 203 от 27.11.1990 г..

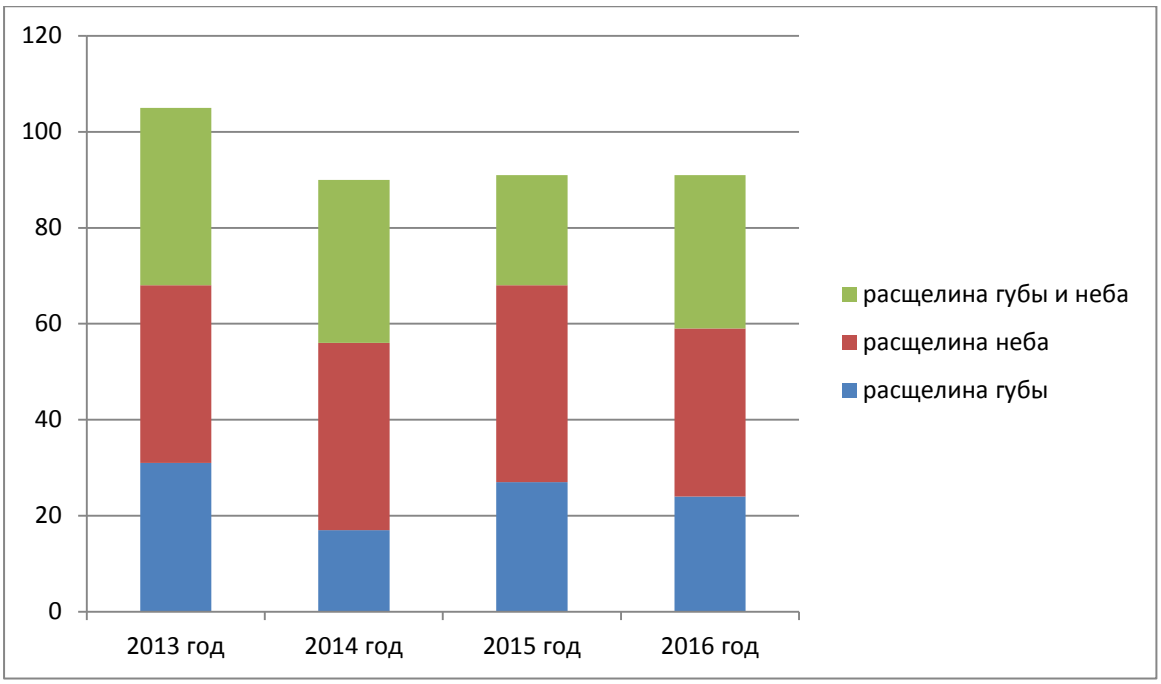


Рис. Распределение структуры динамического наблюдения по видам расщелин

По данным НПЦ «Бонум» в 2016 году, как и в предыдущие годы (рис.), в структуре заболеваемости первое место разделили пациенты с изолированной расщелиной неба и пациенты с сочетанной расщелиной губы, неба и альвеолярного отростка, что указывает на то, что примерно 55% пациентов потенциально нуждаются в проведении альвеолопластики, являющейся одним из этапов хирургического лечения детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП) [1].

Этот метод имеет длительную историю и прошел несколько этапов в своем развитии. В 1952 г. высказана идея использования костнопластических методов при лечении больных с расщелинами альвеолярного отростка верхней челюсти для восстановления дефекта зубного ряда. В середине 1950-х гг. с целью стабилизации положения верхнечелюстных сегментов и улучшения формы альвеолярного дуги был предложен способ первичной костной пластики (Schmid). Boyne и Sands (1972, 1974) принадлежит первенство в идее использования трансплантации костной ткани с целью создания условий для завершающего этапа ортодонтической реабилитации пациентов с расщелинами альвеолярного отростка верхней челюсти [2].

Опыт проведения альвеолопластик до 2011года в НПЦ «Бонум» показал необходимость в создании алгоритма комплексного подхода в диагностике и лечение расщелин альвеолярного отростка для создания целостности верхней челюсти.

В период 2006-2010 гг. проведено 90 альвеолопластик. При этом осложнения в виде обнажения трансплантата составили 13%, качество полученного регенерата не

оценивалось, что не позволяло ни провести оценку полученного регенерата, ни добиться целостности альвеолярного отростка.

Увеличение потребности пациентов с расщелиной в протезировании, дентальной имплантации, ортогнатической хирургии, и, в конечном счете, в повышении качества реабилитации и социальной адаптации, привело к росту с 2010 года количества проводимых в НПЦ «Бонум» альвеолопластик, что в свою очередь определило актуальность исследования по оптимизации хирургического вмешательства и оценке результатов.

В результате проводимого исследования разработан алгоритм комплексного подхода в подготовке и оценке результатов альвеолопластик для усовершенствования комплексной реабилитации пациентов с расщелиной альвеолярного отростка.

При обследовании пациентов с расщелиной альвеолярного отростка на первом этапе оценивались следующие показатели.

Возраст пациента, разделение пациентов на подгруппы (подгруппа от 8 до 15 лет - до окончания периода роста верхней челюсти, подгруппа от 15 до 18 лет включительно - после окончания роста верхней челюсти).

Оценка ортодонтического статуса, который включал в себя оценку положения корней клыков и резцов, состояние зубов, прилежащих к расщелине. Определение стадии прорезывания клыка, оценка величины дефекта, соотношение боковых фрагментов альвеолярного отростка к большому фрагменту или к межчелюстной кости. Фотографирование, изготовление и изучение контрольно-диагностических моделей.

На втором этапе диагностики оценивали клинические показатели, включающие денситометрию, которая определяет костный возраст пациента.

Следующим диагностическим этапом являлось изучение конусно-лучевых компьютерных томограмм верхней челюсти, которые позволили провести трехмерную визуализацию костного дефекта: высоты, ширины, длины, а также соотношение и положение зубов и их корней по отношению к костной ткани дефекта, оценить толщину альвеолярных отростков верхней челюсти. Данный этап диагностики приводил к необходимости проведения санаций полости рта: подготовке костной ткани в области дефекта к аутотрансплантации: удаление молочных зубов, сверхкомплектных зубов по ортодонтическим показаниям за 3-4 месяца до планируемой операции. Одновременно ортодонт проводит подготовку к оперативному вмешательству с помощью различных аппаратов и несъемной ортодонтической техники.

Следующим этапом алгоритма является непосредственное оперативное лечение. Костная пластика алвеолярного отростка проводится хирургами, владеющими запатентованным методом операции [3].

Ортодонтическая нагрузка на кость по алгоритму начинается через 3-6 месяцев после операции для профилактики лизиса образованного регенерата.

Согласно алгоритму оценка результатов пластики альвеолярного отростка проводилась через 9-12 месяцев:

1. Оценка ортодонтического статуса.
2. Оценка КЛКТ: оценка регенерата по шкале Bergland.
3. Оценка социальной адаптации пациента (опрос об удовлетворенности законченных этапов реабилитации).

Заключение

Алгоритм подготовки и лечения пациентов с расщелиной альвеолярного отростка позволяет создать оптимальные условий для работы врачей ортодонтов, имплантологов, ортопедов-стоматологов и ,опосредованно, повышает социальную адаптацию пациентов с расщелинами, их удовлетворенности результатами лечения и реабилитации.

Список литературы

1. Ершова О. Ю. Сравнительная оценка результатов альвеолопластики у детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба в разных возрастных группах / О. Ю. Ершова, А. Е. Ткаченко, Г. В. Долгополова // Материалы V Всероссийской научно-практической конференции «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». – 2016. – Москва - с. 83–87.

2. Bukhari S. G. A., Babar P., Waseem A., Mohsin F., Hameedullah J.. Alveolar bone grafting with mandibular symphysis as donor material// Пакистанский Журнал челюстно-лицевой журнал. 2009. Том 29. № 1

3. Ершова О.Ю., Долгополова Г.В., Леонов А.Г., Ткаченко А.Е. Способ пластики альвеолярного отростка верхней челюсти у детей при врожденной расщелине губы, неба и альвеолярного отростка / Патент РФ на изобретение № 2594945. 2016.

4. Ершова О.Ю., Леонов А.Г., Ткаченко А.Е., Г.В. Догополова. Комплексный подход к реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в условиях специализированного центра//Электронный научный журнал Система интеграции в здравоохранении. 2015. №25. С. 26-35.

Ершова Ольга Юрьевна - врач челюстно-лицевой, пластический хирург, руководитель областного центра ВЧЛП, ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, г. Екатеринбург, ул. Академика Бардина, 9а, e-mail: olga_hirurg@mail.ru